

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 240

TRAITEMENT

de

l'Ulcère chronique du corps de l'estomac

par la

gastrostomie temporaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS SERRE

Né le 19 Novembre 1894, à Valence (Drôme)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1921

TRAITEMENT
de l'ulcère chronique du corps de l'estomac

par la gastrostomie temporaire

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....		X...
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
— — — Chimie minérale.....	BARRAL
— — — Accouchements	COMMANDEUR
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BERARD, Président; M. TIXIER, Assesseur;
MM. PATEL et MURARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 240

TRAITEMENT

de

l'Ulcère chronique du corps de l'estomac

par la

gastrostomie temporaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS SERRE

Né le 19 Novembre 1894, à Valence (Drôme)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE CLÉMENT SERRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence du jury de
notre thèse.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR SANTY

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Qui nous a inspiré le sujet de ce
travail et qui a bien voulu nous aider
de ses précieux conseils. Nous lui
témoignons notre vive reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES

INTRODUCTION

Pendant ces dernières années, de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude de l'ulcère du corps de l'estomac ; les auteurs se sont particulièrement attachés à la description de ses symptômes et au perfectionnement de son traitement chirurgical. Récemment, Pierre Duval, au XIX^e Congrès français de Chirurgie, passe en revue les divers procédés opératoires utilisés pour l'ablation de l'ulcère de la petite courbure et précise leurs indications.

Toute la thérapeutique chirurgicale de cette affection repose actuellement sur le principe de l'exérèse ; les méthodes indirectes semblent être de plus en plus abandonnées et les méthodes directes qui se proposent la cure radicale de l'ulcère ont rallié la majorité des chirurgiens.

Qu'il s'agisse de la simple excision, de la thermo-cautérisation ou de la résection annulaire, les résultats éloignés accusés par les nombreuses statistiques sont presque parfaits. Il n'en est plus de même si nous considérons les suites immédiates, surtout en ce qui concerne la résection annulaire ; la plupart des auteurs signalent une mortalité relativement élevée, variant de huit à trente pour cent.

Le facteur qui accroît la gravité de cette intervention et les causes de la mortalité opératoire ont été étudiés et sont actuellement bien connus.

La majorité des malades atteints d'un ulcère de l'estomac s'attardent trop longtemps au traitement médical et s'abandonnent, aux mains du chirurgien, dans un état d'amaigrissement prononcé; leur mauvais état général ne leur permet pas toujours de faire les frais d'une opération aussi choquante que celle dont ils sont justiciables.

Les observations signalent comme une des causes les plus fréquentes de la mort à la suite de l'intervention, la péritonite par sutures insuffisamment étanches; cette complication doit être imputée, semble-t-il, à la mauvaise qualité des tissus qui sont le siège de lésions inflammatoires.

Aussi, la nécessité de rendre à ces malades un état général meilleur et de modifier, dans la mesure du possible, les lésions locales avant d'en arriver à l'intervention radicale, s'est imposée au chirurgien. Les auteurs se sont alors demandé si une opération préliminaire ne permettrait pas de réaliser ces deux conditions. Santy, dans sa thèse remarquable, insiste particulièrement sur ce point et rapporte que Bier et Payr ont pratiqué la gastro-entérostomie d'urgence comme premier temps d'une intervention plus complète.

Depuis 1910, M. Delore pratique la gastrectomie en deux temps pour améliorer ses résultats dans les occlusions pyloriques d'origine ulcéreuse; son pourcentage de mortalité s'est considérablement abaissé. Le chirurgien lyonnais a pensé qu'il serait bon d'étendre les

indications de cette méthode à l'ulcère de la petite courbure, quand le malade, trop affaibli, constitue un terrain dangereux pour une opération radicale.

La tendance à l'intervention en deux temps dans le domaine de la chirurgie gastrique paraît s'affirmer de jour en jour. Tout récemment, Pauchet écrivait encore : « Proportionner l'opération à la résistance du malade et à la gravité du cas. Ne pas chercher, dans les cas graves, à obtenir une guérison immédiate et définitive, si l'état du sujet ne le permet pas ; il est mieux, dans certains cas, d'opérer, en deux fois, plutôt que de risquer la mort en une fois. »

Mettre la lésion au repos absolu et alimenter dans de bonnes conditions le malade, tel doit être le but visé par le premier temps de l'intervention. Le chirurgien pourra alors profiter de la période d'amélioration qui suivra pour entreprendre, secondairement, la résection.

Si l'ulcère du pylore a été, le premier, à bénéficier de cette méthode ; c'est, sans doute, en raison de la facilité avec laquelle on pouvait, grâce à la gastro-entéro-anastomose, mettre la région ulcérée au repos à peu près complet.

Avant que l'expérimentation et la radiologie aient permis de se rendre compte du fonctionnement de la bouche anastomotique, on pensait que les aliments ne séjournaient plus dans la cavité gastrique et passaient directement dans le jéjunum ; la fonction physiologique de l'estomac paraissait presque abolie. Partant de ce principe, on était arrivé à pratiquer la gastro-entéro-anastomose pour tous les ulcères du corps de l'estomac. Les résultats cliniques confirmaient parfois cette hypothèse.

Actuellement, il nous est permis de dire que la mise au repos de l'estomac par la gastro-entéro-anastomose, dans les cas d'ulcère extra-pylorique, ne s'accompagnant pas de biloculation, est illusoire. Si cette intervention a parfois une action indiscutable sur les troubles fonctionnels et même sur l'état général, il n'en est pas moins vrai qu'elle ne supprime en rien le contact alimentaire avec l'ulcère, qui continue à être traumatisé et qui ne peut, de ce fait, subir aucune modification favorable.

Quelle est donc l'intervention qui sera de mise dans le cas que nous considérons, autrement dit par quel procédé pourrions-nous mettre l'estomac au repos complet, tout en assurant l'alimentation du sujet ?

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Bérard, une malade atteinte d'un ulcus calleux du corps de l'estomac, pour laquelle le docteur Santy, se voyant dans l'impossibilité de pratiquer l'exérèse, en raison de l'étendue de la lésion et de l'état général, se décida à faire une gastrostomie sur l'antra pylorique et, par ce moyen, alimenta la malade à l'aide d'une sonde passée dans le pylore. Les résultats ont été remarquables et sont dignes d'être enregistrés.

Le but de notre travail sera précisément de montrer quel parti il est possible de tirer de cette intervention.

Dans une première partie, nous mettrons en parallèle les interventions qui ont été pratiquées ou préconisées pour la mise au repos complète de l'estomac ulcéré. La deuxième partie sera consacrée à la technique et aux indications de la gastrostomie dans l'ulcère chronique du corps de l'estomac.

CHAPITRE PREMIER

Les procédés de mise au repos complet de la cavité gastrique

La mise au repos complète de l'estomac a été considérée, de tous temps, comme le traitement physiologique le plus rationnel de certaines affections de cet organe.

Le régime institué par le médecin pour combattre les dyspepsies banales, dites anorganiques, n'a d'autre but que de diminuer le travail de l'estomac ; il s'agit là d'un repos fonctionnel relatif, mais suffisant pour amener la sédation des troubles.

Il est des affections gastriques qui exigent un repos absolu de l'organe, soit pour arriver à la guérison définitive, soit simplement pour soulager le malade. Or, la cure de repos gastrique peut être réalisée en médecine par la diète, et, pour parer à l'inanition qu'elle entraîne, on a recours généralement aux lavements alimentaires dont le pouvoir nutritif est actuellement bien discuté ; ainsi la suppression du travail stomacal est obtenue aux

dépens de l'état général, déjà bien précaire; et, de plus, la durée de ce traitement doit être trop limitée, pour obtenir des résultats satisfaisants dans les affections ou accidents que nous allons rapidement passer en revue.

Le traitement de choix du cancer du corps de l'estomac consiste dans l'ablation de la lésion; mais il arrive trop fréquemment que le malade qui en est atteint réclame l'intervention à la dernière extrémité, alors que la trop grande extension de la tumeur contre-indique la cure radicale. La mise au repos de l'estomac paraît être, dans ce cas, le traitement palliatif idéal, à condition que l'état du sujet permette de créer, en aval de la lésion, une bouche artificielle qui assurera l'alimentation. Les douleurs cessent, les vomissements s'arrêtent, l'état général se relève provisoirement, et le malade peut conserver, un certain temps, l'illusion de la guérison; il semble parfois que l'évolution de la tumeur est ralentie.

Les brûlures de l'estomac par ingestion de liquides caustiques sont justiciables de la cure de repos gastrique. Il s'agit, là, d'un traitement d'urgence; il faut, à tout prix, soustraire la cavité de l'estomac aux aliments solides et liquides si l'on veut éviter des complications mortelles. En présence d'un tel blessé, très shoké et altéré, il devient nécessaire de pratiquer, au plus tôt, une intervention qui permettra de l'alimenter, d'éteindre sa soif en excluant l'estomac.

Les hémorragies gastriques, quelle que soit leur origine, néoplasique ou ulcéreuse, constituent une des indications de la mise au repos complète de l'estomac, à moins que la lésion causale se prête facilement à l'excision. Mais dans bien des cas, l'anémie et l'état de fai-

blesse engendrés par l'abondance de l'hémorragie, contre-indiquent l'intervention radicale et justifient la mise au repos de l'organe qui saigne par une opération des plus bénignes. Dans d'autres cas, la source de l'hémorragie est introuvable et sa recherche pouvant constituer un traumatisme que le patient ne saurait supporter nécessite la même conduite.

Toutes les affections de l'estomac que nous venons de citer sont justiciables de la mise au repos complète de l'organe à titre palliatif, soit temporairement dans les gastrorragies et les brûlures, soit définitivement dans le cancer.

Mais il est une maladie pour laquelle ce traitement fut longtemps considéré comme curatif: nous voulons parler de l'ulcère de l'estomac. Les adversaires de l'exérèse, s'appuyant sur les succès indéniables obtenus par le repos fonctionnel de l'estomac, ont prétendu qu'il était inutile de risquer la vie d'un sujet par une intervention dangereuse, puisqu'il était possible de cicatriser un ulcus avec le minimum de risques.

L'ulcère de l'estomac a, semble-t-il, une tendance naturelle à la guérison, puisque, dans un assez grand nombre de cas, le traitement médical suffit à l'obtenir. Il est logique de penser qu'en supprimant totalement l'apport des substances alimentaires dans la cavité gastrique on met l'ulcère dans des conditions qui favorisent cette tendance à la cicatrisation.

Les aliments introduits dans l'estomac jouent, vis-à-vis de la surface ulcérée, le rôle de corps étrangers dont l'action irritante contrarie, à tout moment, le processus de réparation. Les mouvements de brassage et la sécré-

tion du suc gastrique ne peuvent qu'accroître les dimensions de l'ulcère. Et, de plus, les germes et les toxines apportés avec les aliments, ne sont-ils pas susceptibles de déterminer les phénomènes inflammatoires de péri-gastrite ?

Par conséquent, supprimer l'arrivée et le séjour des aliments dans l'estomac, sera mettre l'ulcus à l'abri de toutes ces actions nocives ; ce sera supprimer tous les actes digestifs dont cet organe est le siège ; ce sera réaliser son repos fonctionnel complet.

Il semble donc bien, en théorie tout au moins, que cette affection constitue l'indication principale du traitement.

Nous ne voulons pas faire le procès des méthodes d'exérèse, dont nous reconnaissons les sérieux avantages. Il est bien certain que les sujets porteurs d'un ulcus ancien, plus ou moins étendu, ou plus ou moins pénétrant, ne sauraient guérir définitivement par la méthode du repos gastrique absolu ; en supposant même que l'ulcère se répare complètement, il faudrait encore compter sur la fragilité de la cicatrice et la récurrence probable et sur les déformations qu'elle est susceptible d'entraîner.

Mais si la mise au repos de l'estomac ne suffit pas toujours à guérir une plaie, il est indéniable qu'elle a une action des plus favorables sur la lésion ; elle amorce sa cicatrisation, contribue à diminuer son étendue, et amène une rétrocession des phénomènes inflammatoires surajoutés.

Il nous paraît donc tout indiqué de mettre à profit cette action, avant de pratiquer l'intervention radicale.

La paroi gastrique, ainsi modifiée, deviendra une bonne étoffe pour la résection; toutes les conditions susceptibles de produire des fistules, des hémorragies, des accidents péritonéaux, causes principales de la mortalité opératoire, disparaîtront.

Quel est donc le procédé qui nous permettra de mettre l'estomac au repos absolu, tout en assurant l'alimentation du malade ?

Les interventions utilisées ou préconisées jusqu'à ce jour pour réaliser ces deux conditions, consistent à créer une bouche artificielle en aval de la lésion; ce sont: la jéjunostomie, la duodénostomie et la gastrostomie avec sonde pylorique. Nous allons comparer ces trois opérations et tâcher de montrer pourquoi les deux premières, en raison de leurs inconvénients, doivent céder le pas à la troisième.

I. — LA JEJUNOSTOMIE

La jéjunostomie est l'abouchement temporaire ou définitif de l'une des premières anses du jéjunum à la paroi abdominale. La création de cette bouche artificielle répond à l'indication générale suivante: permettre l'alimentation d'un malade par une voie dérivée pour obtenir le repos fonctionnel complet de l'estomac.

C'est Surmay, chirurgien de l'Hôpital de Ham, qui pratiqua la première jéjunostomie, le 19 juin 1878, sur une malade atteinte d'une sténose pylorique. La naissance de cette intervention ne parut guère retenir l'attention des chirurgiens français; à l'étranger, au

contraire, elle entra dans le domaine de la pratique, et devint l'objet de nombreux travaux.

Jusqu'en 1894, son champ d'application se borna aux tumeurs gastriques et principalement aux sténoses pyloriques qui ne pouvaient être traitées par la gastro-entéro-anastomose. Mais, à cette époque, le chirurgien allemand Hahn fournissait un compte rendu de cinq jéjunostomies dont deux avaient été exécutées avec succès pour des brûlures de l'œsophage et de l'estomac; encouragé par ses résultats, il proposa d'appliquer cette intervention au traitement des ulcères gastriques avec hémorragies.

Trois ans plus tard, Maydl, s'inspirant de l'idée de Hahn, étendait les indications de la Jéjunostomie à certaines formes d'ulcère et à certaines gastropathies bénignes caractérisées par la ténacité des vomissements.

Ce n'est qu'en 1898 que les chirurgiens français commencèrent à s'occuper de la question. Cette même année, Terrier, à la Société de Chirurgie, expose la technique opératoire de la jéjunostomie et précise ses indications; Verdin, et, un an plus tard, Bosquet, dans leur thèse, font une mise au point de cette intervention.

En 1904, Schwartz, à la Société de Chirurgie de Paris, préconise le procédé en Y, qui lui paraît supérieur aux autres procédés pour assurer la continence; mais il considère la jéjunostomie comme une opération de nécessité qui doit céder le pas à la gastro-entérostomose, lorsque cette dernière est praticable. Quénu, Tuffier, Hartmann, Walther qui prennent part à la discussion, partagent la même opinion.

! Le 20 juin 1906, Lejars apporte à la Société de Chi-

purgie trois observations de gastrite ulcéreuse traitée avec succès par la jéjunostomie.

La même année, Brasseur, dans sa thèse, insiste particulièrement sur les résultats heureux qui peuvent être obtenus par cette intervention dans l'ulcère gastrique. De son côté, Letorey, qui consacre sa thèse au traitement des brûlures de l'estomac, juge sévèrement la jéjunostomie et la considère comme inférieure à la pylorostomie en tant que traitement d'urgence des accidents qu'il étudie.

Un an plus tard, à la Société Médicale de Lyon, Leriche expose les résultats satisfaisants que lui a donnés la jéjunostomie dans un cas de néoplasme de l'estomac.

En 1908, Delore préconise le procédé d'Eiselsberg-Witzel, et considère que l'ulcère de l'estomac est le domaine le plus vaste de cette intervention.

Dans les « Annales internationales de Chirurgie gastro-intestinale », Billon publie, en 1909, un long article sur la jéjunostomie dans l'ulcère gastrique et il en fait le traitement de choix de cette affection.

Enfin, en 1912, Saint-Paul consacre sa thèse au traitement de l'ulcère floride de l'estomac par la jéjunostomie.

Cette intervention n'a jamais eu un succès bien retentissant; nous avons vu qu'elle avait été dédaignée, en France, pendant les premières années qui suivirent son apparition. Considérée tout d'abord comme une opération de pis aller, la jéjunostomie a vu cependant ses indications prendre de l'extension et sa technique opératoire se perfectionner; elle devint bientôt le traitement de choix des ulcères de l'estomac; et ce sont peut-être

les résultats satisfaisants qu'elle a donnés dans cette affection, qui ont contribué à relever son prestige parfois bien chancelant.

Les auteurs, par leurs nombreuses observations, ont fourni les preuves évidentes de la guérison de l'ulcère par la mise au repos complète de l'estomac. A quel stade de leur évolution en étaient arrivés ces ulcères lorsqu'ils ont été soumis au traitement ? Il est probable que la plupart des succès obtenus concerne des ulcères au début ; nous avons été frappés par ce fait que, bien souvent, la laparotomie avait permis de constater l'intégrité apparente de l'estomac, malgré les signes cliniques caractéristiques de la maladie. Toutefois, nous avons trouvé, dans la thèse de Brasseur, sept observations relatives à des ulcères calleux ; deux de ces cas ont particulièrement retenu notre attention, car ils nous montrent que le repos gastrique prolongé très longtemps est capable de cicatriser les vieux ulcères.

OBSERVATION I

(de VON EISELSBERG)

Femme de 34 ans. Souffre depuis quatre ans. Douleurs aussitôt les repas. Vomissements fréquents. Melænas. A parfois des intervalles de bien-être durant plusieurs mois.

Depuis quelques temps, les douleurs reviennent plus intenses, affectant la forme de crampes. Le jour de Noël 1902 a eu une forte hématomèse qui, par la diète lactée et le repos au lit, s'arrêta. Fit à ce moment un séjour de quatre mois à l'hôpital, et n'en retira qu'une courte amélioration.

Dans les cinq derniers mois, les anciens troubles ont reparu, mais plus d'hématémèses. La malade est très faible et ama-

grie ; depuis neuf mois on sent un large noyau dur dans l'hypocondre gauche, douloureux à la pression. Poids : 37 k. 300.

Opération le 22 octobre 1903, par Von Eiselsberg. On trouve à la partie postérieure de l'estomac, près de la grande courbure, un ulcère calleux à fond et à bords épaissis, et qui a la grandeur d'une petite paume de main. Nombreuses adhérences surtout avec le pancréas. Par suite des rétractions cicatricielles, on a une tendance à avoir l'estomac en sablier.

Jéjunostomie par le procédé de Witzel. Guérison par première intention. Alimentation exclusive par la fistule. Les douleurs gastriques ont complètement disparu.

Sort sept semaines après l'opération. A ce moment quelques douleurs gastriques reviennent encore de temps à autre. L'état général n'est pas encore fort brillant. Poids : 37 k. 500.

D'après les renseignements ultérieurs fournis par son médecin, en mai 1904, l'état de la malade s'était très amélioré.

Le poids s'éleva, en six mois et demi, avec une alimentation exclusivement jéjunale, à 43 kil. 500.

Il reste quelques petits troubles du côté de l'estomac. Chaque essai d'alimentation buccale a été vite abandonné, les anciennes douleurs revenant aussitôt.

La masse résistante qu'on sentait dans la région épigastrique et qui avait à peu près la grandeur de deux paumes de main, est grosse maintenant comme une noix de galle, et n'est plus douloureuse à la pression.

L'aspect de la malade est satisfaisant et elle peut s'occuper un peu de son ménage.

Plus tard, la malade ayant essayé encore de s'alimenter par la bouche, les douleurs revinrent. Elle finit par se suicider à la suite de graves ennuis de famille, neuf mois et demi après son opération.

Autopsie. — A la partie postérieure de la portion pylorique de l'estomac, on trouve une plaque indurée, nettement limitée, plus grande qu'une pièce de cinq couronnes.

La muqueuse existe au niveau de cette plaque et a sa limite surtout du côté du pylore, elle fait un pli nettement saillant. Dans l'épiploon, quelques ganglions lymphatiques, de la grosseur d'un haricot, n'ayant pas l'aspect cancéreux.

Cette observation nous a paru suffisamment probante ; la jéjunostomie, grâce au repos gastrique qu'elle réalise, a permis à un ulcère calleux dont les dimensions atteignaient une petite paume de main, de se cicatriser ; et la malade, en six mois et demi, a vu son poids s'élever de six kilos.

OBSERVATION II

(de VON EISELSBERG)

Femme de 54 ans, vomissait souvent étant jeune fille. Depuis douze ans, douleurs stomacales en forme de crampes suivies de vomissements. Les douleurs ont été en s'accroissant. Une selle sanglante il y a quelques jours ; à l'épigastre tumeur grosse comme un œuf de poule, se déplaçant avec la respiration, et douloureuse.

Repas d'épreuve, pas de liquide résiduaire. HCl existe nettement.

Après insufflation de l'estomac, la tumeur est moins apparente.

Diagnostic. Ulcère d'estomac.

Opération le 20 août 1903, par Von Eiselsberg ; l'estomac n'est pas dilaté, le pylore est libre dans la profondeur.

Au niveau de la petite courbure, près du cardia, on sent une portion résistante arrondie de la grosseur d'un thaler.

Jéjunostomie par le procédé de Witzel.

Guérison par première intention. Dès l'opération, la malade est débarrassée de ses troubles.

Quatorze jours après l'opération, parotidite suppurée double. Mort par pneumonie le vingt-troisième jour.

Autopsie. — Ulcère cicatrisé à fond aminci comme de la gaze, adhérent au lobe gauche du foie.

Il s'agit là d'un exemple analogue au précédent avec

cette différence que la perte de substance s'est réparée très rapidement.

La première observation signale une augmentation notable du poids de la malade; il semble donc bien que la suppression de la digestion gastrique n'a aucune influence défavorable sur le relèvement de l'état général.

Les auteurs, en effet, se sont préoccupés, pendant longtemps, de savoir si l'alimentation jéjunale était suffisante à l'entretien de la vie. Surmay, en créant la jéjunostomie, s'était posé la question; dans un article paru, en 1878, dans les « Archives Générales de Médecine », il conclut que « toutes les modifications chimiques dont les aliments ont besoin pour devenir absorbables, s'effectuent dans l'intestin et qu'une seule de ces opérations commence à se faire dans l'estomac. Il semble, d'après cela, que la suppression de l'action gastrique ne doive pas porter un très grave préjudice à la nutrition. »

Les recherches expérimentales sur les animaux et les interventions sur l'homme ont démontré le bien-fondé des conclusions de Surmay.

Le rôle principal de l'estomac est surtout de préparer le chyme alimentaire qui, par son acidité, déclanche, au niveau du duodénum, le réflexe de la sécrétion biliaire et de la sécrétion pancréatique. D'autre part, les travaux de Kelling ont démontré que le point de départ du réflexe pouvait être jéjunal et que le contact du chyme avec la muqueuse du jéjunum provoquait un écoulement de bile et de suc pancréatique, qui, tout en étant moins abondant, restait suffisant pour la digestion.

Il semble bien que la jéjunostomie réalise à la perfection les conditions nécessaires à la cicatrisation d'un

ulcère; et cependant, elle ne jouit plus actuellement de la faveur qui lui était accordée autrefois, en tant que traitement de l'ulcère de l'estomac. Elle n'est plus pratiquée que dans les cas extrêmes où toute autre intervention paraît impossible.

Il faut, sans doute, imputer ce discrédit aux progrès réalisés ces dernières années en chirurgie gastrique, les perfectionnements apportés aux méthodes d'exérèse permettant de pratiquer facilement l'ablation d'un ulcère.

Mais cette raison primordiale mise à part, n'a-t-on jamais pu adresser à la jéjunostomie des reproches susceptibles de diminuer le nombre de ses partisans ?

Il faut convenir, en effet, que les procédés de jéjunostomie utilisés jusqu'ici n'ont pas été à l'abri de la critique; les auteurs ont bien souvent mis en relief leurs inconvénients.

La jéjunostomie latérale simple, qui paraît bien délaissée actuellement, établit une bouche toujours incontinente; les liquides biliaires et pancréatiques s'écoulent continuellement par la fistule et produisent une vive irritation des bords de la plaie pouvant aller jusqu'à l'ulcération. Or, jusqu'à quel point cette déperdition des sucs digestifs, à peine suffisants, n'entrave-t-elle pas la digestion et l'assimilation ?

De plus, la continence pour les aliments n'est pas toujours assurée.

La jéjunostomie en Y serait bien supérieure à la précédente au point de vue fonctionnel; mais elle est d'une exécution compliquée et longue; c'est une opération choquante, trop grave pour les malades auxquels elle s'adresse.

Le procédé de Witzel-Eiselsberg est certainement celui qui a rallié le plus de partisans ; il assure presque toujours la continence de la bouche ; mais il peut être suivi de complications, assez rares peut-être, mais suffisamment graves pour discréditer l'intervention ; les auteurs ont signalé des cas de coudure et de rétrécissement survenus à la suite de ce procédé, Larkin en rapporte un cas, et Eiselsberg deux cas.

Nous n'avons pas l'intention de faire une critique serrée de tous les procédés de jéjunostomie qui ont été utilisés jusqu'à ce jour ; ils sont nombreux, et c'est précisément cette richesse qui témoigne de l'imperfection de l'intervention.

Nous avons pu constater que, de tout temps, les chirurgiens ont eu à se plaindre de la jéjunostomie ; et, chaque fois qu'un procédé a fait son apparition, des reproches lui ont été adressés.

En 1898, Terrier se plaignait des conditions défectueuses dans lesquelles on se trouvait pour alimenter le malade, en raison des faibles dimensions de la cavité intestinale et de la tendance qu'ont les liquides injectés dans cette cavité à refluer au dehors, sous l'influence des contractions de l'intestin.

En 1904, Hartmann en arrivait à préférer la duodénostomie à la jéjunostomie en Y qu'il considérait comme une intervention pleine de difficultés.

A la Société de Chirurgie de Lyon, M. Bérard, le 25 avril 1912, accuse le procédé de Witzel-Eiselsberg ; sur huit malades auxquels il l'a appliqué, deux ont eu des difficultés pour s'alimenter, un est mort quatre jours après l'intervention d'une occlusion du jéjunum. Le chi-

rurgien lyonnais reproche, de plus, au procédé, sa longueur relative d'exécution, et lui préfère le procédé en oméga.

En résumé, il semble bien que la jéjunostomie, si l'on envisage le but auquel elle tend, ait donné d'assez bons résultats; mais, en tant qu'intervention, elle présente des inconvénients tels qu'elle doit être placée au second rang comme traitement de l'ulcère du corps de l'estomac.

II. — LA DUODENOSTOMIE

C'est en 1876 que naquit la duodénostomie, ou, du moins, la première mention qui en soit faite dans la littérature médicale remonte à cette époque; Braune expose, dans un mémoire paru dans « Archiv. der Heilkunde » de Leipzig, les recherches qu'il a faites sur le cadavre pour atteindre le duodénum par la voie lombaire. Cette opération ne lui parut pas impossible, mais il ne la tenta jamais sur le vivant.

En 1879, Langenbüch, opérant une femme atteinte d'une tumeur pylorique étendue, se vit dans l'impossibilité de pratiquer la pyloréctomie, et, en désespoir de cause, fit une duodénostomie en deux temps. Sa tentative resta sans succès, la malade succomba dix jours après.

Cinq ans plus tard, Sautham et Jesset pratiquent chacun une duodénostomie en deux temps; le premier était en présence d'un cancéreux très cachectique et n'obtint qu'une survie de trois jours. Jesset fut plus heureux puisque son malade ne succombait qu'un mois après l'intervention.

Douze ans s'écoulaient sans qu'aucune nouvelle tentative de duodénostomie ne soit entreprise. En 1892 seulement, Tuffier, devant une malade atteinte d'un cancer de la petite courbure et du cardia envahissant les deux faces de l'estomac, pratique une duodénostomie en un temps à l'angle de la première et de la deuxième portion du duodénum. Mais la bouche duodénale ainsi créée laissait s'écouler la bile et le suc pancréatique, qui provoquaient une inflammation de la peau. Tuffier dut fermer la fistule et eut recours à la jéjunostomie.

Il nous faut arriver en 1901 et 1902 pour voir Hartmann, puis Bouglé, pratiquer la duodénostomie, toujours sans grands résultats.

Depuis cette époque, nous ne retrouvons plus d'observations mentionnant cette intervention. D'autre part, la duodénostomie ne paraît pas avoir été l'objet de travaux spéciaux; seul, Verdin, dans sa thèse, après avoir décrit l'anatomie du duodénum, expose la technique de l'intervention et conclut timidement en sa faveur, mettant sur le compte de la cachexie des malades les insuccès qu'elle a donnés.

D'après ce court historique, nous constatons que la duodénostomie n'a jamais conquis les chirurgiens. Elle n'est, pour ainsi dire, jamais entrée dans le domaine de la pratique; et, actuellement, elle nous paraît entièrement tombée dans l'oubli.

Chaque fois qu'elle fut pratiquée, il s'agissait de malades atteints de cancer diffus de l'estomac, qui succombèrent peu de jours après l'intervention; jamais elle ne fut tentée dans des cas d'ulcères, malgré le but qu'elle

semble réaliser, c'est-à-dire la mise au repos complète de l'estomac.

C'est, en effet, une intervention longue et compliquée, capable d'entraîner un shock opératoire mortel ; de plus, elle n'assure pas la continence des sucs digestifs et des aliments. Ces deux graves inconvénients ont contribué, sans doute, à lui jeter un discrédit irrémédiable, et font qu'elle ne peut être de mise dans l'affection qui nous intéresse.

La création d'une bouche artificielle au niveau même de l'estomac permettant de passer une sonde dans le pyllore, ne donnerait-elle pas une plus grande satisfaction que les deux interventions que nous venons d'étudier ? C'est ce que nous allons essayer de montrer.

III. — LA GASTROSTOMIE

On appelle gastrostomie la création d'une bouche artificielle au niveau de l'estomac, dans le but d'assurer l'alimentation impossible par les voies naturelles. Ainsi conçue, cette intervention est indiquée dans les affections de l'œsophage qui constituent un obstacle au passage des aliments, c'est-à-dire les tumeurs malignes, les corps étrangers et les rétrécissements cicatriciels de ce conduit.

A côté de ces indications classiques, la gastrostomie a été utilisée dans les ulcères de la petite courbure juxta-cardiaque ; les chirurgiens et, notamment, M. Delore, utilisent cette intervention toutes les fois que la situation haute de l'ulcère et les adhérences contre-indiquent la résection ; Guérin, dans sa thèse, montre qu'elle peut être

d'un précieux secours dans ces cas, et estime qu'elle peut permettre ultérieurement de pratiquer l'exérèse de la lésion.

En raison de la localisation élevée de l'ulcère, nous concevons très bien que la simple gastrostomie, pratiquée à la partie inférieure de l'estomac, réponde, dans une certaine mesure, au même but que la jéjunostomie ou la duodénostomie; la mise au repos de l'estomac n'est pas assurée, certes, mais l'ulcère est soustrait au contact des aliments. Nous reviendrons sur ce point dans un moment et nous montrerons les résultats qui ont été obtenus.

Il est logique de penser que la simple gastrostomie ne peut avoir aucune action sur les ulcères de la zone médio-gastrique, qui, par suite de leur situation, n'échapperaient pas au traumatisme des aliments introduits directement dans la cavité gastrique.

Nous allons voir comment il est possible d'exclure totalement l'estomac, en se servant de la stomie gastrique pour passer dans le pylore une sonde qui permet d'alimenter le sujet par la voie duodénale.

Ce procédé d'alimentation duodénale fut, jusqu'à ce jour, exceptionnellement utilisé. Il nous faut remonter à 1881 pour en retrouver la première mention dans la littérature médicale. A cette époque, Billroth ouvrit un estomac, et par l'incision eut l'idée de glisser une sonde à travers le pylore.

Dans le « Traité de Chirurgie » de Le Dentu et Delbet, Guinard rapporte qu'en 1885, le chirurgien allemand Hahn, opérant une malade atteinte d'un cancer du pylore très adhérent, se décida à pratiquer une fistule gastri-

que au moyen de laquelle, il fit passer à travers le pylore rétréci une sonde œsophagienne ; la malade, ainsi alimentée, eut une survie de plusieurs semaines.

Quatre ans plus tard, Routier tenta la même intervention chez une femme qui avait avalé de l'acide sulfurique ; mais la malade succombait au bout de huit jours. L'autopsie révéla une perforation de la face postérieure de l'estomac avec phénomènes de péritonite circonscrite.

Quelque temps plus tard, le même chirurgien renouvela l'intervention incidemment :

« Homme de 49 ans qui vint avec des vomissements incoercibles et une tumeur rouge, enflammée de l'épigastre, que j'ouvris comme un abcès. Cette ouverture me fit pénétrer jusque dans l'estomac réduit à un cylindre dur avec une péritonite circonscrite correspondant à tout ce qui restait de la face antérieure de l'estomac. C'est ce qui expliquait pourquoi tout ce que le malheureux avalait, était aussitôt rejeté. Je fis une boutonnière tout contre le pylore et après bien des tâtonnements, je pus faire entrer une sonde dans son duodénum par cette voie.

« Nous avons pu le nourrir et le faire ainsi durer pendant quinze jours. Pas d'autopsie. »

En 1906, Delore et Leriche ont l'idée d'utiliser ce procédé chez une femme qui avait absorbé de l'acide chlorhydrique et qui présentait une brûlure massive de l'estomac. L'indication pressante étant de soustraire l'estomac au contact des liquides ingérés pour éviter toute complication, M. Delore « par une laparotomie médiane attira l'antra pylorique au dehors ; l'antra fut fixé à la

peau par quatre points de catgut et ponctionné au bistouri juste au contact du sphincter pylorique ; l'incision empiéta même légèrement sur lui ; une sonde fut passée dans le duodénum. L'intervention n'avait pas duré cinq minutes. »

La malade mourait cependant quelques heures plus tard, en raison de la gravité de ses lésions.

Delore et Leriche ont donné à leur opération le nom de pylorostomie. Or, sous ce terme, Lambotte avait décrit en 1905 un procédé qui comprenait trois temps :

1° Section du duodénum près du pylore et fermeture du bout duodénal inférieur.

2° Gastro-entérostomie postérieure.

3° Fixation du pylore par sa face duodénale à l'angle supérieur de la plaie.

Comme il est facile d'en juger, l'opération de Lambotte n'a rien de commun avec celle qu'ont pratiquée MM. Delore et Leriche ; l'une et l'autre consistent à créer une bouche pylorique, mais sans avoir le même but, puisque la première exclut le duodénum et la seconde exclut l'estomac.

En 1906, Letorey, qui étudie dans sa thèse le traitement d'urgence des brûlures de l'estomac par ingestion de liquides caustiques, considère la pylorostomie telle qu'elle est exécutée par M. Delore, comme le traitement de choix de ces accidents.

Ces dernières années, un médecin de New-York, Max Einhorn, oppose aux ulcères de l'estomac un traitement basé sur le même principe. Il met l'estomac au repos, en alimentant ses malades à l'aide d'un tube qu'il amène dans le duodénum par la voie buccale. Récemment, dans

les « Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition », il donne les résultats qu'il a obtenus par son procédé. Ce sont les ulcères de la petite courbure et du cardia qui lui ont donné le plus grand nombre de guérisons ; sur 81 cas d'ulcères de la petite courbure, 6 seulement ont récidivé.

Mais il s'agit ici d'un traitement médical ; nous avons jugé à propos de le signaler, en raison de l'analogie qu'il présente avec le procédé chirurgical que nous étudions. Sa pratique ne s'étant pas généralisée, nous ne pouvons apprécier sa valeur, ni donner plus de détails.

De cet historique, il résulte que l'intervention que nous proposons a été, jusqu'à présent, fort rarement utilisée. Jusqu'en 1906, les chirurgiens qui ont eu recours à ce mode d'alimentation duodénale, l'ont appliqué incidemment, et c'est bien à MM. Delore et Leriche que revient l'honneur d'avoir utilisé intentionnellement et décrit sous le nom de pylorostomie, la gastrostomie basse permettant de passer une sonde dans le duodénum.

Il nous est difficile, sans doute, d'apprécier l'efficacité de cette intervention, qui fut généralement exécutée pour des brûlures étendues de l'estomac, entraînant du fait de leur gravité une mort rapide. Cependant, en dehors de ces cas extrêmes, nous avons vu que Hahn et Routier avaient pu alimenter facilement leurs malades et leur permettre de survivre plusieurs semaines.

A son tour, M. Santy a eu l'idée de tenter cette intervention, avec succès, chez une malade atteinte d'un ulcère de l'estomac, dont voici l'observation.

OBSERVATION I

D... Louise, âgée de 73 ans.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Bérard, le 7 octobre 1920, pour des troubles gastriques dont le début remonte au mois de mars 1920.

Antérieurement à cette date, la malade n'a jamais souffert de l'estomac et a toujours bien digéré. Dans l'enfance, elle a eu la variole, et plus tard des bronchites fréquentes. Aucune trace de spécificité, pas de fausse-couche ; elle a eu trois enfants, actuellement décédés ; l'un d'eux serait mort d'une bronchite chronique ; son mari aurait succombé à la même affection.

Au mois de mars 1920, la malade voit son appétit diminuer et éprouve bientôt du dégoût pour certains aliments, particulièrement pour la viande et le pain ; mais elle n'accuse à ce moment-là aucune douleur ; pas de constipation, pas d'hématémèses, ni de méléna ; cependant immédiatement après le repas, la malade a quelques régurgitations acides, et vomit fréquemment.

Peu à peu la malade se rend compte que ce qu'elle déglutit, descend difficilement ; elle localise sa sensation d'arrêt des aliments au niveau du pharynx.

Cette dysphagie s'accroît progressivement, et au début du mois d'octobre la malade ne peut plus rien avaler.

Le 7 octobre, elle se fait admettre à l'Hôtel-Dieu. Elle est dans un état de maigreur extrême et, à l'examen, on découvre une tumeur sur le rebord des fausses côtes gauches.

L'examen radioscopique, après ingestion de bouillie bismuthée, révèle une petite poche gastrique sous-cardiaque ; la bouillie passe en mince filet, arrive dans cette poche, puis descend de nouveau en mince filet dans la cavité stomacale. Le bismuth forme une masse œsophagienne assez volumineuse, de telle sorte que l'on peut dire que l'œsophage et le cardia sont dilatés au-dessus de la tumeur qui paraît rapprochée du cardia.

9 octobre 1920. — Intervention par le docteur Santy : la laparotomie sus-ombilicale, pratiquée sous anesthésie locale,

fait découvrir une grosse infiltration à l'allure néoplasique (?), occupant toute la partie moyenne de l'estomac, très étendue sur la petite courbure, et se prolongeant jusqu'à la grande courbure. Cette masse est fixée en arrière à la région pancréatique. Comme il n'existe, malgré l'énorme volume de cette tumeur, ni métastase hépatique, ni ascite, on pense à la possibilité d'un ulcère chronique.

L'antra pylorique étant libre, on le fixe au péritoine pariétal, à la partie inférieure de l'incision médiane de la laparotomie, et on place une sonde à la Fontan, cette sonde étant dirigée à l'aide d'un plan courbe jusque dans le duodénum ; son fonctionnement est éprouvé immédiatement avec un peu d'eau. On alimente aussitôt la malade et on continue les repas toutes les deux heures.

17 octobre 1920. — Les suites sont simples ; la gastrostomie fonctionne bien, mais il est nécessaire de n'introduire que peu d'aliments à la fois. La plaie de la laparotomie s'est réunie par première intention.

Au bout de vingt et un jours, la malade retourne à l'hôpital de Neuville où elle s'alimente de la même façon ; de temps en temps on sort la sonde pour la nettoyer et on la remet facilement en place.

La malade va bien, reprend des forces ; elle supporte très bien l'alimentation duodénale et sa bouche est continente.

Deux mois après l'intervention, la malade commence à prendre un peu de liquide par la bouche ; quinze jours plus tard, elle avale très facilement des potages épais et, peu à peu, elle arrive à déglutir sans aucune gêne les aliments solides. Malgré cela, elle conserve sa sonde, sans en faire usage.

Au mois de février 1921, elle quitte l'hôpital de Neuville, très engraissée, et retourne chez elle où elle vaque à son ménage. Sa sonde sort accidentellement et ne peut plus être remplacée.

La fistule gastrique reste perméable et conserve, malgré l'absence de la sonde, sa continence pour les aliments ; cependant le suc gastrique s'écoule en petite quantité, et ceci décide la malade à rentrer à l'Hôtel-Dieu.

Le 15 mai 1921, nouvelle intervention par le docteur Santy : dissection de la fistule gastrique et fermeture à trois plans.

On libère l'estomac pour retrouver l'ancienne lésion : on retrouve uniquement une grosse cicatrice étoilée au niveau de la petite courbure, avec une induration calleuse peu étendue.

Il s'agit certainement d'un ulcère calleux en voie d'amélioration.

On constate que l'estomac est biloculé par cette cicatrice. On fait une G. E. A. P. à la suture sur la poche supérieure.

Dix-sept jours après l'intervention, la malade retourne chez elle.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade, le 9 juin 1921 : la plaie opératoire est cicatrisée, l'état général est bon ; la malade a très bon appétit et mange toute sorte d'aliments, sans éprouver la moindre gêne et le moindre trouble. Elle a eu de l'œdème de réalimentation à la suite de sa dernière intervention.

Comme nous le montre cette observation, le diagnostic d'ulcère était difficile, puisque, d'une part, les signes cliniques en imposaient plutôt pour un syndrome œsophagien, et que d'autre part, la tumeur sentie à la palpation de la paroi abdominale, et due sans doute à des lésions de périgastrite accentuée, faisait penser à un néoplasme. Il s'agissait certainement d'un ulcère chronique évoluant depuis longtemps, et ayant une tendance rétractile, puisqu'il avait déterminé une biloculation.

En présence d'une telle lésion, de l'âge avancé de la malade et de son état d'amaigrissement, le chirurgien ne pouvait penser à une exérèse. Grâce à la gastrostomie avec sonde pylorique, la malade a engraisé ; l'ulcère s'est, en partie, cicatrisé, grâce au repos gastrique réalisé par l'intervention ; de plus, la continence a toujours été assurée.

Comme nous le disions précédemment, M. Delore a

pratiqué la gastrotomie basse, sans introduire la sonde dans le duodénum, pour des ulcères juxta-cardiaques. Le fait d'introduire des aliments directement à la partie inférieure de l'estomac peut suffire à mettre un ulcère au repos, comme nous le montrent ces deux observations que nous avons recueillies dans le service de M. Delore et que nous avons retrouvées dans la thèse de Guérin avec des détails que nous lui empruntons.

OBSERVATION II

R... Antoine, soixante ans, entre à l'hôpital, dans le service de M. Delore, pour un amaigrissement considérable (perte de poids de 20 kilogrammes au moins) et pour un peu de gêne à la déglutition. Il prétend n'avoir jamais éprouvé de douleurs gastriques, il a toujours mangé normalement : depuis huit mois seulement il ressent une douleur intermittente entre les deux épaules et il éprouve, à la déglutition des aliments solides, une douleur légère qu'il localise au niveau de la fourchette sternale. Il n'a jamais eu de vomissements alimentaires, pas d'hématémèses, mais seulement quelques régurgitations à caractères œsophagiens.

L'examen clinique est absolument nul.

La radioscopie ne montrant pas de rétrécissement de l'œsophage, on pense à un ulcère de la petite courbure et on décide une intervention.

Intervention le 10 janvier 1916. — Laparotomie sus-ombilicale. Rien au pylore. Le doigt sur la petite courbure rencontre près du cardia une induration probablement produite par un ulcère de la dimension d'une pièce de cinq francs. Comme il est très haut situé et très adhérent, on juge mal à propos de faire une exérèse, on se contente d'une gastrostomie suivant le procédé de Fontan.

Le 15 février 1916. — Nouvelle intervention. Dans l'intention de faire une exérèse et pour se donner plus de jour sur la région, on résèque les derniers cartilages costaux gauches.

On trouve l'ulcère franchement au cardia, mais vu le peu de mobilité, on ne peut faire l'exérèse.

L'ulcère est encore un peu dur, mais paraît avoir diminué.

6 mars 1916. — Le malade revient ; il ne s'est jamais servi de sa sonde depuis la deuxième intervention. Tous les aliments, même les solides, passent. Amélioration de l'état général. Le malade trouve qu'il a regagné des forces et pris du poids.

OBSERVATION III

M... Gabriel, 57 ans.

Le malade entre dans le service de M. Delore, le 20 août 1916, pour des troubles gastriques et un amaigrissement considérable.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, pas de maladies dans l'enfance. Nie toute spécificité et tout éthylysme.

Le début de l'affection actuelle remonterait à quatre ans, c'est-à-dire en 1912, époque à laquelle il ressentit quelques douleurs vagues au niveau du creux épigastrique, presque aussitôt après avoir mangé. En l'interrogeant, il nous dit qu'il était vite fatigué et qu'il ressentait fréquemment entre les deux épaules une sensation de pesanteur qu'il compare à une courbature. Peu à peu les douleurs s'accrochèrent et furent comparables à des brûlures qui étaient calmées, deux ou trois heures après le repas, par des régurgitations acides.

Pendant l'année 1913, ces douleurs ont diminué d'intensité, à tel point qu'il s'est cru guéri, quand soudain, au mois de décembre 1913, il fut pris de vomissements noirâtres qu'il compare à du chocolat. A la suite de cet incident, les douleurs reprirent avec une intensité plus accentuée, s'irradiant entre les épaules. Il n'a jamais eu de douleurs en broche. Les vomissements n'ont pas réapparu. De temps à autre, dit-il, mais plus particulièrement lorsqu'il mangeait du pain rassis, il éprouvait au passage du bol alimentaire une douleur rétro-xyphoïdienne accentuée qui « le tordait ». Il lui semblait qu'une boule de feu entraînait dans son estomac.

A l'entrée, malade considérablement amaigri (il prétend

avoir perdu 17 kilogrammes en quatre ans), au teint jaune paille. L'examen ne permet pas de sentir de tumeur au creux épigastrique. On ne distingue pas d'ondes péristaltiques ; pas de tension intermittente. Les selles donnèrent une réaction de Weber négative. M. Delore, se basant sur la précocité de la douleur et sur les régurgitations acides, porta le diagnostic d'ulcère de la petite courbure justa-cardiaque.

Intervention le 26 août 1916. — Laparotomie sus-ombilicale médiane. On tomba sur un gros ulcère juxta-cardiaque ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs, très dur, très adhérent aux organes voisins, en particulier au diaphragme et au foie. L'excérèse paraît absolument impossible. On se contente de faire une gastrostomie suivant la méthode de Fontan.

Le malade est sorti le 12 septembre, très amélioré, reprenant des forces.

Dans ces deux cas, la lésion était située à la partie la plus élevée de l'estomac faisant immédiatement suite à l'œsophage, et de ce fait, était continuellement irritée par le passage du bol alimentaire. Cette localisation donnant lieu à une symptomatologie identique à celle des sténoses œsophagiennes, il paraît tout naturel de lui opposer le traitement que réclame cette dernière affection.

Mais pour que l'ulcère haut situé puisse échapper au contact des aliments introduits directement dans la cavité gastrique, il ne faut plus que la bouche artificielle soit pratiquée, comme on le fait ordinairement, au niveau de la grosse tubérosité, il devient nécessaire de faire une gastrostomie basse au niveau de l'antrum pylorique.

Or, l'expérience a montré que toute fistule créée au niveau de la zone pylorique devenait facilement incontinente pour les aliments ; c'est là un inconvénient qu'il

faut, à tout prix, éviter, si l'on veut que le malade ait une nourriture suffisante pour reprendre des forces ; c'est d'ailleurs une des raisons qui nous fait rejeter la jéjunostomie.

Pour obtenir la continence et une mise au repos plus absolue de la lésion, il suffit, comme l'ont fait MM. Delore et Leriche en 1906, et comme l'a fait M. Santy récemment, de glisser l'extrémité de la sonde dans le duodénum.

De cette façon, l'intervention qui réalise le repos fonctionnel de l'estomac nous paraît présenter les principales qualités que l'on doit exiger d'elle, à savoir :

- 1° De créer une fistule continente ;
 - 2° De rester une opération bénigne pour un malade dont l'état général est précaire.
-

CHAPITRE II

Technique et indications de la gastrostomie

De la revue précédente des différents procédés utilisés dans le but de réaliser une mise au repos complète du segment moyen de l'estomac occupé par un ulcère en évolution, il semble bien que ce soit le procédé qui permet l'introduction directe des aliments dans le duodénum qui donne le maximum de chances de succès. Ce que Delore et Leriche ont fait en 1906 paraît bien être tout au moins dans ses indications générales le procédé de choix ; et l'objet de notre étude tout en partant d'indications différentes, tente à une réalisation similaire.

Il est bien évident par contre que le procédé de Lambotte est entièrement différent de ce que nous cherchons à faire ; nous ne reviendrons pas sur lui.

1° But proposé

Le segment moyen de l'estomac est occupé comme dans l'observation de M. Santy par une lésion chronique

occupant une portion très étendue des tuniques gastriques, et qui de plus, fort souvent, est adhérente aux organes voisins. On se trouve là, en face d'un problème qui, au point de vue opératoire demande une solution instantanée. En effet, s'il persiste un segment gastrique sus-jacent à la lésion encore assez mobile pour être atteint par l'opérateur, et être anastomosé au jéjunum, c'est là l'indication type de la gastro-entérostomie prémonitoire qui repêche le malade et lui permettra de supporter la seconde intervention.

Si cette éventualité ne se réalise pas, étant donné que nous n'avons en vue dans ce travail que les cas les plus avancés, avec l'état général très touché, les lésions locales très étendues, le seul fait de commencer une libération de l'ulcère calleux adhérent, peut mettre brusquement l'opérateur en présence d'une situation inextricable, dès l'instant que, cette libération conduit dans la cavité gastrique, ce qui est la règle pour tous les ulcères chroniques adhérents. Il faut donc à tout prix avoir le tact et le doigté nécessaire pour que, l'examen rapide et cependant très prudent une fois fait, l'acte opératoire porte uniquement sur un segment d'estomac sain et facile à atteindre.

L'antre pylorique répond le plus souvent à ces conditions, dans tous les cas cependant où il n'existe pas d'ulcère pylorique associé. C'est donc sur l'antre au voisinage immédiat du sphincter que devra porter l'acte opératoire des plus simples et qui doit donner les résultats le plus souvent très favorables à tous les cas de lésions non cancéreuses.

2° Technique

Elle sera des plus simples, ne faisant que transposer dans cette région la technique de la gastrostomie de Fontan appliquée d'ordinaire à la grosse tubérosité. La gastrostomie pylorique jouit cependant dans les travaux classiques d'une réputation très mauvaise, puisqu'on considère qu'il faut l'éviter sous peine de vouer le malade à la fistule gastrique incontinente. Cela est peut être vrai si l'on ne tient pas compte d'un certain nombre de conditions spéciales qui sont au contraire fort importantes. La plus importante de toutes est certainement la précaution indispensable de conduire la sonde introduite par la moucheture pariétale, non pas dans l'antrum pylorique, mais bien dans le duodénum lui-même. La chose est facile pour peu qu'on cherche à la réaliser et qu'on ait la précaution de vérifier le siège exact de la sonde par la palpation duodénale.

Par ailleurs, il faut exécuter la technique de Fontan avec la plus grande minutie en invaginant un cône séreux aussi étendu que possible, de façon à obtenir une valvule efficace ; et c'est là justement la grosse supériorité de la gastrostomie sur la jéjunostomie ou la duodénostomie, c'est que cette plicature très importante des parois gastriques est facile à réaliser puisqu'on a de l'étoffe, sans pour cela compromettre la perméabilité d'un segment du tube digestif, et par ailleurs on a la certitude d'utiliser au maximum toute la digestion duodénale.

Un troisième point intéressant est que la gastrosto-

mie prépylorique étant faite sur la ligne médiane, il est très facile d'accoler largement le péritoine pariétal à la région gastrique opérée, et d'obtenir ainsi une protection plus grande encore du point de passage de la sonde, protection qui n'est pas négligeable.

3° Suites opératoires et résultats

Dans le cas qui nous a occupé spécialement, les suites ont été fort simples ; la seule précaution un peu spéciale est de fragmenter beaucoup l'alimentation de façon à ne pas dilater la première portion du duodénum ; et très rapidement le fonctionnement de cette gastrostomie basse est identique à la gastrostomie de la grosse tubérosité.

Quant aux résultats, il est facile de comprendre qu'ils soient très favorables. L'intervention réalise au maximum l'exclusion gastrique et la mise au repos de l'organe, qui sont très certainement les facteurs très importants d'amélioration des ulcères.

Dans l'observation de M. Santy, il s'agissait dans l'esprit de l'opérateur d'une lésion maligne : grande fut donc sa surprise quand très rapidement, non seulement l'état général s'améliora, mais la perméabilité gastrique réapparut, au point qu'assez vite la malade reprit l'alimentation buccale.

L'intérêt de cette observation est doublé par les constatations qui furent faites lors de la dernière intervention et qui ont permis de voir une rétrocession telle des lésions que celles-ci s'étaient libérées de leurs adhérences primitives, permettant d'arriver jusqu'au seg-

ment supérieur de l'estomac et de faire une gastro-entérostomose, que l'âge de la malade (73 ans) fit préférer à une exérèse de l'ulcère amélioré, mais encore existant.

Il paraît donc possible d'ériger en véritable méthode la technique que nous venons de décrire. M. Delore le comprend ainsi et sa pratique personnelle lui a permis déjà plusieurs fois de l'utiliser avec succès. Il s'agit là bien entendu d'une intervention préliminaire, mais dont l'usage plus répandu permettra d'améliorer considérablement les résultats opératoires de la chirurgie des ulcères calleux du corps de l'estomac.

CONCLUSIONS

1° Dans un certain nombre de cas d'ulcère chronique très étendu du corps de l'estomac avec biloculation et sténose médio-gastrique, adhérent ou non aux viscères voisins, la thérapeutique radicale d'emblée est formellement contre-indiquée par l'étendue des lésions locales; et souvent aussi par l'état général du malade. La gastro-entérostomose elle-même n'est pas toujours praticable en amont des lésions, la portion de l'estomac restée saine au niveau de la grosse tubérosité étant impossible à atteindre ou trop restreinte ;

2° Etant donné qu'il s'agit de lésions bénignes capables de rétrocéder au moins partiellement sous l'influence d'une mise au repos complète de la muqueuse gastrique, l'alimentation du malade à l'aide d'une sonde atteignant directement le duodénum, paraît être un procédé idéal ;

3° Il est possible de réaliser cette alimentation duodénale à l'aide d'un artifice de technique très simple qui est la gastrostomie basse pratiquée sur l'antrum pylorique et au cours de laquelle la sonde est poussée d'emblée jusque dans le duodénum ;

4° Cette technique a permis dans une observation type d'obtenir une rétrocession telle des lésions, que l'intervention a été possible et a montré la diminution considérable des lésions d'ulcère chronique, permettant de réaliser une anastomose impossible à pratiquer lors du premier temps ;

5° Il semble que dans beaucoup de cas d'ulcère chronique invétéré pour lesquels les interventions actuellement classiques sont irréalisables ou très dangereuses, la gastrostomie, telle que nous l'avons définie, doive constituer un premier temps opératoire, permettant d'obtenir une amélioration rapide de l'état général et de l'état local grâce à laquelle le traitement curatif ultérieur deviendra possible dans de bien meilleures conditions.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

L. BERARD.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Juin 1921.

LE RECTEUR PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BILLON. — La jéjunostomie dans l'ulcère et le cancer de l'estomac (*Annales internationales de Chirurgie gastro-intestinale*, 1909).
- BRESSOT. — Six ans de chirurgie gastrique (*Thèse de Lyon*, 1909).
- BÉRARD et ALAMARTINE. — Accidents et technique de la jéjunostomie (*Revue de Chirurgie*, 1913).
- Technique, indications de la gastrostomie (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} octobre 1912).
- BRASSEUR. — De la jéjunostomie et principalement de la jéjunostomie en Y au cours de l'ulcère de l'estomac en activité (*Thèse de Lille*, 1906).
- BOSQUET. — *La jéjunostomie* (*Thèse de Paris*, 1899).
- CADE. — *Précis des Maladies de l'estomac et de l'intestin*.
- DAVID. — De la jéjunostomie (*Thèse de Paris*, 1907).
- DELORE et LERICHE. — A propos de la jéjunostomie par le procédé d'Eiselsberg-Witzel (*Lyon Médical*, 1908).
- De la pylorostomie (*Lyon Médical*, 1906).
- DELORE et GUILLEMINET. — De la valeur de la gastrectomie en deux temps (*Revue de Chirurgie*, 1920).
- DUVAL. — Ulcère de la petite courbure de l'estomac (*XIX^e Congrès français de Chirurgie*).
- DELORE et SANTY. — Gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac (*Lyon Chirurgical*, 1914).
- EISELSBERG. — Traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1920).
- GAUDEMET. — De l'intervention chirurgicale dans l'ulcère non perforé de l'estomac (*Thèse de Paris*, 1906).
- GUÉRIN. — Les ulcères juxta-cardiaques de l'estomac (*Thèse de Lyon*, 1920).

- LEJARS. — De la jéjunostomie (*Société de Chirurgie de Paris*, 20 juin 1906).
- GUINARD. — Affections chirurgicales de l'abdomen (*Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet).
- MAX EINHORN. — Résultats de l'alimentation duodénale dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum (In *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition*, 1920).
- MOYNIHAN. — Diagnostic et traitement de l'ulcère gastrique chronique (*The British Medical Journal*, 1919).
- MONTPROFIT. — Chirurgie de l'estomac biloculaire (*Annales intern. de Chirurgie gastro-intestinale*, 1906).
- LETOREY. — Traitement chirurgical des brûlures de l'estomac (*Thèse de Lyon*, 1906).
- OMBREDANNE, FAURE, LABEY. — *Précis de Pathologie externe*.
- LERICHE. — De la gastrectomie annulaire médio-gastrique (*Annales intern. de Chirurgie gastro-intestinale*, 1906).
- POSTEL. — De la gastrostomie (*Thèse de Paris*, 1902).
- RIVIÈRE. — Thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac (*Thèse de Lyon*, 1906).
- ROUSSET. — Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac (*Thèse de Lyon*, 1905).
- ROBERT (Pierre). — De l'état actuel de la gastrostomie (*Thèse de Lyon*, 1913-1914).
- SANTY. — Contribution à l'étude des ulcères chroniques du corps de l'estomac et des estomacs biloculaires par ulcère (*Thèse de Lyon*, 1914).
- SAUTIER. — Technique et accidents de la jéjunostomie (*Thèse de Lyon*, 1912).
- SAINT-PAUL. — De la jéjunostomie dans l'ulcère floride de l'estomac (*Thèse de Toulouse*, 1912).
- TISSERAND. — Les gastrectomies partielles non orificielles (*Thèse de Lyon*, 1906).
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac.
- TURLAIS. — Traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac (*Thèse de Paris*, 1900-1901).
- TUFFIER. — Chirurgie de l'estomac.
- PAUCHET. — *La pratique chirurgicale illustrée*.
- VERDIN. — Duodénostomie et jéjunostomie (*Thèse de Paris*, 1898).
-

